

Graciela Etelvina Dávalos Aguilera  
 Facultad de Odontología  
 Universidad del Norte  
 Rev UN Med 2013 2(1): 11-26

## **Alteraciones clínicas de la mucosa bucal subprotésica y dientes en portadores de prótesis removibles que acuden al Hospital de Policía “Rigoberto Caballero”**

### **RESUMEN**

La alteración más común de la mucosa bucal es la agresión provocada por factores que están habitualmente dentro de la boca como son las prótesis dentales, las que también pueden ocasionar caries, aunque en forma indirecta. Este estudio descriptivo con componente analítico, prospectivo y de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la presencia de alteraciones de la mucosa bucal subprotésica así como caries dentarias en portadores de prótesis totales o parciales removibles, y buscar posibles asociaciones causales de las mismas. Fue realizado en 96 pacientes de ambos sexos, de edad promedio  $47.9 \pm 15.9$ , que acudieron al Servicio de Odontología del Hospital de Policía “Rigoberto Caballero”, de Asunción, durante los meses de abril a septiembre de 2008. Luego de la observación e inspección clínica de los pacientes, para la recolección de datos y su análisis por estadística descriptiva y analítica, se hallaron los siguientes resultados: estomatitis subprótesis (32%), seguida de caries por prótesis (31%) y candidiásis subprótesis (30%). El material del cual estaban confeccionados la mayoría de los aparatos protésicos fue el acrílico (65%); ubicándose estos preferentemente en el maxilar superior (91%). Por otra parte se hallaron asociaciones estadísticamente significativas ( $P < 0.005$ ) entre estomatitis y mala higiene, desadaptación, uso prolongado y falta de control periódico del aparato, así como en pacientes rurales. Se pretende que el estudio sirva para la planificación y gestión de los programas de cuidado de la salud bucal pública y de esta forma contribuir a la elevación de la calidad en la atención a los pacientes de dicho centro asistencial.

Palabras Clave: alteraciones clínicas; mucosa bucal; caries dental; prótesis removible; factores asociados.

### **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad existe un gran interés, casi universal, por mantener una boca sana, funcional y estéticamente bella. Esto se debe a un cambio en las costumbres por parte de la población mundial, donde como un nuevo paradigma se rinde un exagerado culto a la belleza física integral; a las actuaciones combinadas de científicos e investigadores que han promovido el interés por el cuidado, mantenimiento y rehabilitación de la salud bucal a lo largo del tiempo; y al grado de madurez alcanzado por los procedimientos técnicos en la construcción de la prótesis dental.

Durante la última mitad del siglo XX se ha avanzado sustancialmente en el conocimiento de la salud oral y su promoción. Desde el enfoque de la función de los dientes y las encías se observa que la boca es un centro de tejidos y funciones vitales, siendo estas fundamentales para la salud general y el bienestar de las personas a lo largo de toda la vida. Las principales consideraciones sobre la salud bucal son sentar las bases para conseguir una dentición intacta, un estado pe-

riodontal correcto y el mantenimiento de la salud del resto de las estructuras orales [1].

La boca desempeña en todo paciente funciones muy importantes; y el deterioro de la salud bucal es capaz de alterarlas, afectando la calidad de vida de los individuos. La recuperación y el mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal de todo paciente repercute de manera significativa en su calidad de vida, y la responsabilidad de esta labor no recae solamente en manos del profesional odontólogo, sino en las de todo profesional de otras áreas de las ciencias humanas relacionadas con ella [2]. Por ello todos los profesionales odontólogos y de las demás áreas de la salud debemos reflexionar sobre la importancia de trabajar en equipo y observar al individuo en general y no solo en lo referente a un área específica. Al mismo tiempo debemos concienciar a los pacientes sobre la valoración del cuidado de su boca.

Se considera la boca como un espejo de la salud o enfermedad, un modelo accesible para el estudio de otros órganos y tejidos, y una fuente potencial de patologías que afecta a otros sistemas y órganos. Se

desprende de todo esto que la salud oral está relacionada con la salud y el bienestar general [3]. Los pacientes pueden desarrollar diversas lesiones orales y peri-orales, las cuales llegan a ser sintomáticas. Algunas veces estas lesiones están asociadas a un grado variable de incomodidad y muestran un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano, correcto, tratamiento y seguimiento. En ocasiones el tratamiento deberá variar por diversas razones. No debemos olvidar que mediante el examen oral minucioso obtenemos signos y por el interrogatorio, se nos revelan síntomas. La interpretación de esta perfecta conjunción nos brinda la oportunidad de construir diagnósticos presuntivos que deben ser comprobados por los exámenes auxiliares. Esta metodología es universal en todas las áreas de la salud en general.

Se considera que hay varios factores predisponentes tales como falta de higiene oral, la edad (que conlleva normalmente al consumo elevado de medicamentos que inducen un flujo salivar reducido), infecciones por *Cándida*, diabetes, déficit inmunológicos, consumo de tabaco, y tener colocada una prótesis y no sacársela por la noche [4]. La mucosa bucal puede sufrir múltiples lesiones, pero la alteración más común en ella es la agresión provocada por factores que están habitualmente dentro de la cavidad oral. Estos factores incluyen a las prótesis en mal estado y las extraíbles, lo que puede provocar traumatismos de repetición, reacciones alérgicas y pueden presumir un nicho para los microorganismos y residuos alimentarios cuando sus superficies son rugosas [5]. Debemos explicar a los pacientes, cuando aparezcan ulceraciones, dolor o inestabilidad de la prótesis, no intentar resolverlo sin una consulta profesional, sino acudir de inmediato a revisión para la realización del tratamiento adecuado e inclusive cambiar el aparato protésico. La mayoría de estas lesiones muchas veces tienen como causa la falta de una buena adaptación del mismo, lo que se traduce en falta de estabilidad y retención.

La Odontología realiza una serie de tratamientos clínicos, encontrándose entre ellos los de índole protésico, siendo indispensable que el odontólogo cuente con un técnico dental capacitado, el cual realiza una parte importante del tratamiento. Actualmente el éxito del tratamiento protésico es determinado por la longevidad de la prótesis, preservación de la salud buco-dental, la satisfacción del paciente y la estética, que se ha convertido en una parte de la definición de salud total [6]. En nuestro medio rural es común observar que las dentaduras removibles son realizadas por sujetos que no son profesionales de la Odontología, desconocedores de los principios biológicos y funcionales de la

cavidad bucal y, por lo tanto, no consideran el adecuado manejo de las condiciones del funcionalismo protésico. Según los estudios que se han revisado para esta investigación, en los países desarrollados el edentulismo está en franca disminución y los tratamientos rehabilitadores se fundamentan en prótesis implanto-soportadas. En cambio, en nuestro país la realidad es totalmente diferente. Las condiciones socio-económicas de la población, especialmente de nuestro medio rural, indican que la opción para el tratamiento dental rehabilitador para todas aquellas personas total o parcialmente edéntulas seguirán siendo las dentaduras removibles.

Por todo lo expuesto y teniendo en cuenta el desconocimiento acerca de la magnitud y la presencia de lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis removibles que acuden al Servicio de Odontología del Hospital de Policía Rigoberto Caballero, se planteó la realización de una investigación sobre el tema, para identificar en la misma, las alteraciones dentarias y de la mucosa bucal subprotésica más frecuentes como así también, en base a los resultados, indagar sobre posibles factores causales. Los resultados de este estudio podrán ser tenidos en cuenta para la planificación y gestión de los programas de cuidado de la salud bucal y de esta forma contribuir a la elevación de la calidad de atención a los pacientes que acuden al Servicio de Odontología de dicho hospital. También podría contribuir a nuestra proyección institucional en el plano de la literatura internacional, dado que de este tema se ha investigado poco y nuestro aporte puede ser útil y aplicable a cualquier servicio asistencial.

## MATERIAL Y MÉTODO

### *Diseño*

Esta investigación corresponde a un estudio observacional descriptivo, prospectivo, de corte transversal y con componente analítico para buscar posibles asociaciones entre alteraciones de la mucosa bucal subprotésica y dentarias, con algunas características clínicas, demográficas, y de higiene de los pacientes en estudio.

### *Sujetos, Criterios de Inclusión/Exclusión, y Variables*

La población enfocada corresponde a pacientes portadores de prótesis removibles parciales y totales; adultos, de ambos sexos. La población accesible corresponde a pacientes que acudieron al Hospital de Policía de Asunción, en el periodo de abril a septiembre de 2008. Los criterios de inclusión incluyeron: 1) pacientes portadores de prótesis removibles parciales o completas; 2) adultos de entre 20 a 80 años de edad de ambos sexos; 3) pacientes que concurrieron al Hospital

de Policía en el periodo 2008. Los criterios de exclusión incluyeron: 1) pacientes con enfermedades inmunodepresoras; 2) pacientes discapacitados; 3) pacientes con medicación, anticolinérgicos, corticoides y otros que producen sequedad de la boca; 4) pacientes de otros centros odontológicos; 5) pacientes que no deseen participar del estudio.

Las variables medidas incluyeron las siguientes: 1) demográficas: procedencia, edad, sexo, y profesión; 2) clínicas: presencia de estomatitis subprotésica (hiperplasia fibrosa, úlcera traumática, candidiasis, o caries dentarias asociadas con prótesis), tipo de prótesis utilizada (completa muco-soportada, parcial muco-soportada, parcial dento-muco-soportada, de acrílico, de cromo-cobalto, unimaxilar, bimaxilar superior, o bimaxilar inferior); 3) hábitos de higiene y otros: estado higiénico de la prótesis, tiempo de uso, hábitos de uso al dormir, adaptación del aparato protésico, y realización de controles periódicos.

Previa nota de consentimiento del Director del centro de referencia se admitieron para el estudio a todos aquellos pacientes que acudían al servicio y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, hasta completar el tamaño de la muestra requerida. Se proveyó a los pacientes de un consentimiento informado para asegurarse de su participación voluntaria. Todos los datos personales de los pacientes fueron confidenciales y no se utilizaron en el procesamiento de los datos.

#### *Observación e Inspección de Pacientes*

El examen clínico se llevó a cabo mediante el procedimiento de la inspección de la cavidad bucal; auxiliada por el sillón dental y el set de instrumental necesario. A todos los pacientes se les pidió que se quitaran las prótesis. Se examinaron las condiciones de las mismas, como así también la situación intraoral, verificando el estado de los dientes pilares de ganchos, palpando y observando los procesos desdentados, como así también de la mucosa subprotésica. Se diagnosticaron las lesiones según sus características teniendo en consideración los criterios establecidos para su identificación. Además, se revisó el ajuste de la prótesis dental comprobando su estabilidad y retención, así como la higiene del aparato. Se tomaron fotografías cuando éstas fueron posibles.

#### *Análisis Estadísticos*

El muestro de los pacientes fue no probabilístico y continuo. Con respecto al tamaño de la muestra, según la literatura consultada [7] la frecuencia de alteraciones subprotésicas oscila en torno al 52 % en Bra-

sil. Con una amplitud total de 0.20 y un nivel de confianza de 95%, se obtuvo un tamaño mínimo de 96 pacientes. Los datos fueron cargados en planillas Excel 8.0 y se aplicó el programa Epi-Info 3.4.3 (2007) para el análisis de los mismos utilizando estadística descriptiva para las variables de interés. Para buscar posibles asociaciones entre las variables se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se requirió un valor  $P < 0.05$  para significancia estadística.

## RESULTADOS

En este estudio se observó que un gran predominio (81.3%) de los pacientes procedían de zonas rurales. El sexo más afectado fue el femenino (64.4%) (Tabla 1). Con respecto a las alteraciones de la mucosa subprotésica las lesiones encontradas fueron estomatitis subprotésica (32%), candidiasis (30%), úlceras (24%), e hiperplasias (17%). Encontramos caries por prótesis en el 31% de la muestra estudiada. En cuanto al material y tipo de prótesis notamos que el 65% correspondió al acrílico y el 67% de las prótesis eran dento-muco-soportadas. El 68% de los pacientes portaban prótesis uni-maxilares, siendo el maxilar superior el de mayor frecuencia (91%). Con referencia al estado higiénico del aparato protésico, se pudo observar que la higiene era adecuada en el 53% de los pacientes. Respecto al tiempo de uso, el 84% de los pacientes refirieron que hacía años lo portaban. El 67% de los pacientes no retiran sus aparatos para dormir. Un 54% de los pacientes relataron que sus prótesis no se adaptaban correctamente. El 21% de los pacientes realiza controles periódicos de sus aparatos protésicos.

Con respecto al componente analítico de este estudio, al realizar el cruce de las variables estomatitis (encontrada en la mayor frecuencia) con higiene de la prótesis se observó diferencia significativa entre los pacientes que tuvieron una higiene adecuada y los que no la tuvieron (Tabla 2). En cuanto a la asociación entre procedencia y estomatitis, no se encontró una asociación positiva entre la presencia de la lesión y los pacientes provenientes del área rural (ver Tabla 2). Con respecto a la relación entre estomatitis y adaptación de la prótesis se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que tenían prótesis desadaptadas respecto a las que presentaban una adaptación correcta (ver Tabla 2). Por otra parte también se encontró que los pacientes que no hacían control periódico presentaban una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la presencia de estomatitis (ver Tabla 2).

Con respecto al tiempo de uso y la presencia de estomatitis encontramos una diferencia significativa entre aquellos pacientes que habían usado prótesis por

más de un año y aquellos que solo tenían meses (hasta el año) de usar prótesis (ver Tabla 2). Por último, entre la presencia de estomatitis y el material con el que estuvo confeccionada la prótesis, no observamos una diferencia estadísticamente significativa entre pacientes que portaban aparatos de acrílico solamente con respecto a otro material. No se encontraron tampoco probables asociaciones entre estomatitis y edad, sexo, grupo de edad, y tipo de prótesis.

## DISCUSIÓN

En este estudio podemos observar que los pacientes en su mayoría (81.3%) pertenecen al área rural, lo que coincide con los trabajos de investigación de Abreu y Col [8]. Esto demuestra nuestra realidad en Salud Pública ya que el hospital en el cual realizamos el levantamiento de datos es de carácter público y exclusivamente para la atención del personal uniformado, administrativos y familiares. Esto indica que los pacientes usualmente provienen de dicha zona, son de escasos recursos, no pueden acceder a un centro privado, y no tienen otra opción que llegar hasta Asunción para su atención. Los resultados de este estudio muestran que existe un gran predominio (64.4%) del sexo femenino que acude a la consulta, igual que los resultados de los estudios hechos por Dinatalo y col. [9] y Lazarte y col [10]. Esto se debería al hecho de que la mujer se preocupa más por su aspecto y procura siempre verse mejor. Lo que resulta llamativo en este estudio es que sólo el 29.2% de los uniformados acuden para su atención, siendo titulares del seguro. Esto podría deberse a que la labor que desempeñan no les deja el tiempo necesario para ello.

La lesión mucosa más frecuente (32%) resultó ser la estomatitis subprotésica. Estos datos coinciden con los reportados en diversos estudios internacionales: 52% en Fernández y col [11], 73% en Neutzling y col [12], 40–53% en Herrera y col [7], 56% en Noguera y col [13], y 77% en Rodríguez y col [14]. Frías y col también encontraron 32% de estomatitis subprotésica en su serie de casos, datos que coinciden exactamente con los de este trabajo [5]. La segunda lesión mucosa en orden de frecuencia de aparición en los sujetos de la muestra resultó ser candidiasis (30%). Es de notar la poca diferencia con la estomatitis subprotésica, lo cual coincide con la mayoría de los estudios ya citados más arriba [5,11,12,14]. Ya que es un hongo oportunista de la microflora bucal normal *Candida* es el agente causal primario de la estomatitis subprotésica. Todas aquellas circunstancias que rompen el equilibrio entre el huésped y el saprofito, favorecen el desarrollo de dicha entidad. Lazarte y col [10] al igual que Coelho y col [15]

corroboraron candidiasis en un 98.4% de portadores de prótesis removibles. Los síntomas que más aquejan a los pacientes con candidiasis oral son el dolor y el ardor a la masticación. La mayoría de nuestros pacientes fueron de sexo femenino y su ocupación las tareas domésticas. Esto coincide con los estudios de Cortés y col [16], datos que relacionarían esta entidad con la humedad constante en las manos, convirtiéndose esto en un factor predisponente para contaminar la prótesis al manipularla.

Por otra parte, la falta de higiene adecuada también se encontró como factor causal de la estomatitis. Por lo tanto, se considera importante enseñar al paciente como debe limpiar su prótesis, y que debe retirarla para dormir. Esto último también se ha asociado en este estudio como causal posible de estomatitis. Es pues de suma importancia indicar al paciente que debe retirar la prótesis para dormir y así dar tiempo a la mucosa a que descanse. La sequedad bucal nocturna favorece la colonización microbiana sobre los aparatos protésicos por el hecho de deglutir la saliva en menor cantidad de veces.

Caries en dientes retenedores de ganchos se observó en un 31% de los pacientes, existiendo una gran diferencia con los resultados de Tuominen y col (60.2%) [17] y Díaz y col [2]. Esto se debería a que la higiene de la mayoría de los pacientes es adecuada. Aunque no retiraban las prótesis para dormir ni hacían el control periódico del aparato protésico luego de su instalación, estos acudían a la consulta para el control de caries como también al de la placa bacteriana.

La prótesis parcial dento-muco-soportada se encontró en un 67%, estando hechas principalmente de acrílico (65%). Esto coincide por lo expuesto por Cortés y col [16], no así por Vila y col [18]. En el presente estudio sería porque los asegurados de dicho hospital tienen exonerado el costo de la confección de los aparatos de acrílico, debiendo abonar en cambio un arancel para los de cromo. El 68% fueron portadores uni-maxilares, siendo la ubicación preferencial el maxilar superior (91%). Esto contradice notoriamente a los estudios de Vila y col [18]. En el presente estudio, los resultados observados al respecto se debería a que los pacientes priorizan el reemplazo de los dientes superiores perdidos antes que el de los inferiores, ya que por estética son los que más se notan. Además se observó que el maxilar superior fue el más afectado por la pérdida dentaria. En cuanto al tiempo de uso la mayoría de los pacientes (84%) utilizaron aparatos protésicos desde hacía años, siendo esto similar a lo observado por Montero y col [19]. Por otra parte, el tiempo prolongado de uso también se asoció con la estomatitis, lo cual lleva a

deducir que las prótesis viejas están generalmente desadaptadas, y porosas, favoreciendo el trauma y la retención de microorganismos.

Con respecto a la higiene de los aparatos protésicos, los resultados de este trabajo demuestran que existe cierto equilibrio entre los que lo realizan adecuadamente (53%) y los que no lo hacen (46%). Esto explicaría la ausencia de una gran incidencia de las lesiones observadas, coincidiendo con lo expresado por Neutzing y col [12]. Sin embargo, como se encontró la falta de higiene asociada a la estomatitis, esto podría tener como causa el desconocimiento de cómo y con qué realizar la higiene, quizá por falta de información de parte del odontólogo o por simple negligencia del paciente.

Al analizar las visitas periódicas al dentista para el control esta investigación encontró que el 79% de los pacientes no lo realizaban, lo que concuerda con estudios hecho en Cuba por Montero y col [19] y Abreu y col [8]. Estos estudios arrojan cifras muy bajas de pacientes portadores de prótesis que asisten con periodicidad al control. Por otra parte, el hecho de constituirse la falta de visitas periódicas al dentista en posible factor causal de estomatitis se debería a la falta de una mejor educación al paciente por parte del profesional odontólogo en cuanto al mantenimiento y cuidado de las prótesis. Los profesionales deben insistir en que la instalación de las prótesis no debería ser la última consulta, y deben recomendar vistas periódicas al dentista por lo menos cada seis meses.

## CONCLUSIÓN

Las alteraciones dentarias y de la mucosa bucal subprotésica de mayor frecuencia fueron la estomatitis subprotésica, seguida de caries por prótesis y candidiasis atrófica subprotésica. Las lesiones bucales resultaron más frecuentes en pacientes portadores de prótesis acrílicas, dento-muco-soportadas, y diseñadas para el maxilar superior. Las afecciones de la mucosa subprotésica fueron detectadas en su mayoría en pacientes que no las retiraban para dormir y que no realizaban un control periódico de las mismas. La mayoría de los pacientes provenían de la zona rural, siendo el grupo del sexo femenino el que en mayor número acudió a la consulta. Hubo predominio de pacientes que realizaban una higiene adecuada de sus aparatos protésicos. Se encontraron asociaciones causales entre estomatitis con falta de higiene del aparato, prótesis desadaptadas, pacientes que no retiraban las prótesis para dormir, pacientes que no realizaban controles periódicos de sus prótesis, y aquellos portadores de aparatos con más de un año de uso.

## RECONOCIMIENTOS

No se ha recibido financiamiento externo para la realización de este trabajo. La autora no declara conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Espinosa M, Loza G, Ballesteros R. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos: Informe Preliminar. *Cirugía y Cirujanos* 2006;4:153–157.
2. Díaz Y, Martell I, Zamora J. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol* 2007;44:S0034–7507.
3. Hernández M, Paultre R. Evaluación de las lesiones causadas por prótesis dentales en la consulta del programa de detección del cáncer bucal. *Rev Electrónica Hombre Ciencia y Tecnología* 2003. [http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero\\_32/comunic](http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero_32/comunic).
4. Ayudo R, Torrent J, López J. Estomatitis protésica: Puesta al día. *RCOE* 2004;9:S1138–123.
5. Frías L, Soto P, Díaz Y. Lesiones bucales frecuentemente asociadas a la prótesis dental en pacientes del policlínico "19 de Abril". *Rev Estudiantil 16 de Abril de las Ciencias Médicas de Cuba* 2008. <http://www.16deabril.sld.cu/rev/230/articulo6.html>.
6. Oyanguren S, Quintana M, Matta C. Motivos de repetición de trabajos de un laboratorio dental universitario. *Rev Estomatol Herediana* 2005;15:40–45.
7. Herrera I, Osorio N. Revisión Bibliográfica sobre Estomatitis Subprótesis. [http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo\\_rev14/estomatitisubprot.htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev14/estomatitisubprot.htm).
8. Abreu M, Sansurjo M, Fornaris M. Conocimientos y hábitos en pacientes portadores de prótesis dentales en relación con su uso y cuidados. *Rev MEDISAN* 2000;4:23–27.
9. Dinatalo E. Respuesta alérgica en pacientes con estomatitis subprotésica y cultivo negativo para levaduras. *Acta Odontológica Venezolana* 2000;38:15–22.
10. Lazarde J. Estomatitis subprotésica. *Acta Odontológica Venezolana* 2001;39:9–17.
11. Fernández F. Prevalencia de la Estomatitis por prótesis y su relación con la antigüedad de la prótesis [Tesis]. Disponible en: [http://www.cibermetia.com/tesis\\_es/cienciasmedicas/cirugia/estomatologia\\_y\\_ortodoncia/7](http://www.cibermetia.com/tesis_es/cienciasmedicas/cirugia/estomatologia_y_ortodoncia/7).
12. Neutzling H. Prevalencia de la Estomatitis por prótesis y su relación con la Cándida SPPS en un grupo de portadores de prótesis de Pelotas R. S. (Brasil). [http://www.cibermetia.com/tesis\\_es/cienciasmedicas/cirugia/estomatologia\\_y\\_ortodoncia/7](http://www.cibermetia.com/tesis_es/cienciasmedicas/cirugia/estomatologia_y_ortodoncia/7)
13. Noguera G, Fleitas T. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. *Rev Odontológica de los Andes* 2006;1.
14. Rodríguez V, Arellano L, Zambrano R, Roldán M. Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. *Revista Odontológica de los Andes* 2007;2(1).
15. Coelho C, Sousa Y, Dare A. Denture-related oral mucosal lesions in Brazilian school dentistry. *J Oral Rehabil* 2004;31:135–139.
16. Cortés V y col. Frecuencia de candidosis oral en portadores de prótesis dental: Aspectos clínicos y epidemiológicos. <http://www.dcmq.com.mx/num0502/artorg2.html>.
17. Tuominen R, Ranta K, Paunio I. Wearing of removable partial dentures in relation to dental caries. *J Oral Rehabil* 1988;15:515–520.
18. Vila V, Barrios C. La relación del estado gingival y la evaluación de la higiene bucal con el uso de prótesis en adultos mayores. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552005000200008&lng=en&nrm=isfalta](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000200008&lng=en&nrm=isfalta).
19. Montero J, Torres M, Fundora M. Lesiones bucales en el paciente geriátrico portador de prótesis total. <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/Vol10.Suple1/T13.htm>.